フォーマルなケアにおける情緒的な絆への対処

——訪問看護を事例として——

中田 明子

フォーマル・ケアの現場で、訪問看護師は柔軟に状況に対応するため、どの利用者宅にも訪問するので、本来的には利用者と特定の看護師との間で情緒的な絆は生じにくい。だが実際には利用者が特定の看護師の訪問を希望する状況があり、看護師も希望に応じている。本稿では看護師側が応じる理由を明らかにするため、訪問看護師 26 名にインタビューを行った。情緒的な絆が生じると、利用者が看護師を支配する関係となりうる一方で、利用者の個別性への配慮や、ケアの質向上に向けた学習を看護師が行う意欲を高めもする。また利用者に対する理解が深まることで、看護師は医療的な判断もしやすくなる。以上のメリットがあるため、看護師は利用者の希望に応じている。情緒的な絆は専門職として職務を果たすことに寄与しており、従来の感情労働の概念が短期的な場面を想定していたのに対し、情緒的な絆という長期的な感情もフォーマルなケアで重要な機能を果たしている。

1 問題設定

ケアの受け手と担い手の間では、情緒的な絆の生じた代替不可能な関係が形成されるが、この関係はフォーマルなケアにはどのような影響を与え、この関係に対して担い手はどのように対処しているのか、本稿では訪問看護師に対する質的調査を基に明らかにする。

先行研究でもケアがなされる過程で情緒的な絆が生じることが指摘されてきた。ケアの倫理を論じた E. F. Kittay によれば、自分でニーズを満たすことができない人を対象とするケアという関係では、ケアの担い手は受け手を虐待しやすい立場にあり、また受け手の側も過剰な要求をすることで担い手の思いやりや配慮を搾取してしまう可能性がある。そのため両者共にデリケートな感情のバランスと自制が求められ、精神的なエネルギーの投入が必要となる。その結果担い手と受け手の間では、有償のケアであっても、信頼に基づく情緒的な絆が形成され、受け手にとって担い手は代替不可能な存在となる (Kittay 1999: 34-6, 111)。以上のように Kittay の議論では、ケア関係の根本に、受け手が他者に依存しなければならないことを見ているため、有償のケアでもその過程で情緒的な絆 (the affective bonds) が形成され、代替不可能な関係が生じるとされている。

だがフォーマルなケアサービスが登場したのは、換言すれば「ケアの社会化」が進められたのは、様々な社会変化により、家族を中心としたインフォーマルな関係ではケアを担いきれなくなったからである。それゆえ庄司洋子は、フォーマルなケアの特性として、家族という「かけがえのなさ」が問われないため、供給が容易になり、かつ担い手が専門性を持つため「高い質のケア」を期待できるとしている (庄司 2013: 11-3)。さらに庄司は、情緒的な絆に基づく家族のケアは、「よきもの」と見なされてきたが、家族という密室では支配と依存の関係が存在し、暴力や虐待を生みやすいと述べている (庄司 2013: 5-6)。また深田耕一郎によれば、障害者の自立生活運動の原点には、愛情ゆえに子供を自らの管理下に置こうとする家族に対する批判があった (深田 2013: 92)。続いて堀田義太郎は、上記の Kittay と同様に、

受け手は他者からのケアを受けずに生きるという選択肢を持たないという、ケアが依存関係であることを指摘し、それに対して担い手は他者をケアしなくても生きていけるため、「退出可能性」に関する非対称性があると述べている。堀田は担い手側の恣意的な干渉の可能性を減らすためにケアを有償化することで、ケア関係に複数人が参入し複数の手段が確保され、「退出可能性」の非対称性が解消されていく可能性がある」と論じている(堀田 2008:193-5)。以上の家族ケアや障害者介助の議論からは、情緒的な絆や担い手の善意に基づくケアには、支配関係が生じかねないというリスクがあると見られてきたことがわかる。

さて Kittay が著作で事例として挙げているのは、自らの娘と私費で長年雇っているケアの担い手との関係であるため(Kittay 1999: 147-61)、有償ではあるが情緒的な絆が生じやすかったと推測できる。だが Kittay が論じていた 1990 年代よりも、現在の日本では、介護保険制度の開始が契機となり、フォーマルなケアサービスが普及している。そこにおいては、情緒的な絆は、支配関係を生じさせるリスクはあるものの、切り離すことはできず、代替不可能な関係が生じるというケアの特性にはどのように対処されているのだろうか。下記の介護保険制度のサービスに関する調査では、まずケアの受け手の側に関しては、同一のスタッフによるケア、すなわち代替不可能な関係を求めている利用者や家族がいることが示されている。齋藤暁子の訪問介護の調査では、利用者がそのような希望を持つ理由は 2 つある。1 つは機能的な理由で、その家の流儀が重要となる買い物や掃除などの生活援助に関して、ヘルパーが交代するごとにその方法を教えることは、利用者にとって負担となるからである。もう 1 つは情緒的な理由で、利用者によってはストレスのない人間関係を構築するまで一定の時間がかかるからである。(齋藤 2015: 69)。また角能はケアマネジャー、ヘルパー、訪問看護師が所属する介護事業所に調査を行っており、それによれば家族の側は、長期にわたって慣れ親しんだスタッフの方が、リスクに関わる判断を伴った質の高いケアができると考えている(角 2021: 115-23)。齋藤が述べる情緒的な理由は、ケアでは信頼関係が必要となるという、Kittay の分析と共通している。そして齋藤の示している機能的な理由と、角の述べる理由は、代替不可能な関係の方が、ケアの受け手の個別性に配慮できるという評価であると言える。

他方で、齋藤の調査では、ケアの担い手であるヘルパーの側は、利用者との関係を一時的なものとして捉え、継続的な関係ではない方がサービスが標準化されて良いと考えている(齋藤 2015: 300, 323)。また角の調査でも、事業所の側は 1 人の利用者に対して多くのスタッフが訪問することを志向している。その目的は、第 1 に多様な視点で利用者の状態を把握するためであり、第 2 に、馴れ合いを防ぐことで、利用者がスタッフへ働きかける機会を創出し、利用者の機能の悪化を防止するためであり、第 3 に、スタッフ同士の情報交換が可能となることで、スタッフが利用者との関係で感情面で巻き込まれてしまうことを抑止するためである(角 2021: 103-9)。換言すれば齋藤や角の調査した事業所では、利用者と特定のスタッフとの間で特別な情緒的な絆を生じさせないことを目指していることがうかがえる。

以上のように、齋藤や角の調査では、受け手は代替不可能な関係を望んでいるのに対して、担い手側は異なる志向性を持っている。それゆえ両者の間でコンフリクトが生じていることが推測できる。しかし両者の調査では、担い手の側がこのコンフリクトに対してどのように

対処しているのかは明らかにされていないため、実際に利用者・家族の希望が通っているのか、それとも事業所の方針が採用されているのか不明である。筆者はこれまで訪問看護を調査の対象として別のテーマで論文にしてきたが(中田 2021 など)、その調査ではやはり同一のスタッフによるケアを希望する利用者が存在し、しかも事業所の側は一部の利用者に対して、1人ということはまれだが、2、3人の看護師に訪問を限定するようにしている場合があることが語られていた。ただし本来的には訪問看護は、斎藤が調査対象としていた訪問介護よりも、このような希望に応じにくいサービスである。以下、訪問看護の業務内容を述べながら、その理由を示す。確かに営業などケアではない職種や業種でも、1人の顧客に対して1人のスタッフが担当する担当制が取られている場合がある。しかしケアの場合は、上記で庄司がケアにおける供給の安定性の問題を指摘していたように、受け手は土・日曜日や夜間などの時間にもケアを必要としている場合があり、対応しなければならない時間帯が長いため、フォーマルなケアでは1人の担当者のみがその利用者のケアをやり続けることは不可能である。それに加えて、訪問看護には緊急時の対応という業務がある。訪問看護の業務内容は、排便コントロール・入浴介助などの生活上のケアや、褥瘡の処置・点滴などの医療処置、利用者・家族に対する医療的な相談・助言である(松野 2002: 61)。訪問看護師はこれらの業務を各利用者に対して、多くの場合平日の週1、2回、曜日・時間を決めて1回につき1時間程度訪問して行く。さらに夜間も含め状態変化時に電話相談に応じたり、臨時に訪問したりしている。ターミナル期や状態不安定な利用者には、土・日曜日を含む毎日の訪問となることもある。そのため調査対象者の所属する事業所では、常勤看護師が日替わりで1人ずつ電話当番を担ったり、少数の看護師で休日の訪問を行ったりしていた。訪問看護師はこれらの業務の代休を平日にとる必要があるため、各利用者の平日の決まった曜日に同一の看護師のみが訪問し続けることは困難となる。

上記の Kittay の分析や、斎藤・角の調査により、ケアの受け手の側が情緒的な絆のある代替不可能な関係を求める理由は、ある程度明らかにされているため、本稿では担い手の側の事情を中心に分析したい。すなわち同一のスタッフによる訪問がより困難なサービスである、訪問看護を調査対象とし、フォーマルなケアにおいても、受け手が情緒的な絆が生じた代替不可能な関係を求めていることに対して、なぜ担い手の側は応じているのか、そしてどのように対処しているのか明らかにする。またこのような関係がケアにどのような影響を与えているのかを示すことで、上記で庄司がフォーマルなケアで期待できるとしていた「高い質」とは、どのようなことを指すのか解明できるだろう。これには下記の意義もある。これまで労働過程の感情的な側面が論じられる際には感情労働の概念が使用されてきたが、そこでは A. R. Hochschild が客室乗務員の搭乗中の対応を取り上げていたように、数時間の間の対応が分析対象とされていた(Hochschild 1983: 3-34, 89-136, 162-184)。それに対して本稿で対象とする訪問看護では、利用者との関係が数ヶ月～数年に及ぶこともあるため、情緒的な絆という、長期間にわたって形成された感情的な関係が、労働に与える影響を明らかにできる。

調査結果の分析に際しては、上述のように情緒的な絆に基づくケアには、支配関係が生じかねないというリスクがあると見られてきたことを踏まえ、以下の3点に着目していく。訪

問看護で求められている代替不可能な関係では、支配関係は生じていないのか。支配関係に陥ることを避けるために、有償化が主張されていたが、訪問看護では「退出可能性」は確保されているのか。さらにフォーマルなケアの特性である供給の安定という点に、代替不可能な関係はどのような影響を与えているのか。

2 調査の概要

2018年9月～2019年6月に、訪問看護の事業所に勤めている、または過去に勤めたことがある看護師に対してインタビュー調査を実施した。調査の手続きとしては、所属大学の研究倫理審査委員会の審査で承認を得た後に、スノーボール方式で協力者を募った。次いで、調査目的と倫理的配慮を説明し、同意を得られた人に半構造化面接を実施した。28名から調査協力を得られたが、調査の結果、事業所の規模によって利用者と看護師の関係が異なることが示されたため、本稿では常勤換算4人以上の中規模以上の事業所¹に所属する26名のデータを分析対象とする。調査協力者が所属している／いた事業所の所在地はいずれも、関東と関西の都市部にある。26名は全員女性で、年齢は30代～50代である。面接回数は1～2回、1回の所要時間は43～177分だった。複数の質問をしたが、本稿ではその中でも、限られた少数の看護師しか訪問できない利用者に対して訪問したことがあるか、あるとしたらそれはどのような経験であったか、そのようなケースに対して看護師個人・事業所としてどのような対応や工夫をしていたか、という質問に対する答えを分析する。データの分析のため、協力者の同意を得た上でインタビュー内容はすべてICレコーダーに録音し、それを基に逐語録を作成した後に、各質問に対する回答を傾向ごとに分けている。

3 調査結果

3-1 利用者と看護師の意向の違い

訪問看護の事業所の中にはそうでない所もあるが、26名の調査対象者の事業所では、利用者ごとに担当の看護師を1人定めた担当制が導入されていた。担当看護師は、情報を集約し、家族や他のサービス事業者、医療機関と調整する際の窓口となる役割を果たす。だが同時に、担当看護師だけではなく、他の複数の看護師も訪問することが望ましいとされていた。しかしながら調査対象者の事業所では、1人や2、3人の特定の看護師しか訪問できない利用者が、少数ではあるが常に事業所内にいる／いたと、26人全員が述べていた。それは主には利用者の希望による。すなわち訪問看護でも利用者と看護師の意向は対立しているが(3-1)、看護師側に利用者の希望を拒否できない理由があり(3-2)、かつ看護師(3-3, 3-4, 3-5)と利用者(3-6)それぞれが相互の意向をどのように捉えているかという評価があって、看護師は様々な対処をしており(3-7)、これらの結果、一部の利用者に対しては少数の看護師しか訪問できないという代替不可能な関係が維持されている。以下、順番に述べていく。

最初に本節では、事業所・看護師側が、各利用者に対して担当制を取りながらも、複数の看護師による訪問を目指すのはいかなる目的であるかを示す。その目的の1つは、第1章で

述べたフォーマルなケアの特性である、供給の安定の確保である。つまり担当看護師が休みの時に、他の看護師も対応できるようにするためである。2つ目の目的は、基本的に看護師が1人で訪問するという訪問看護のサービスの特性に関わる。病院では交代制勤務であるため、どの患者も次の時間帯は必ず他の看護師が担当する。だが訪問看護の場合は、限られた訪問頻度であるため、第1章で述べた事情はあるが、担当看護師がその曜日を休まないようにするなどの無理をすれば、特定の利用者に対して1人の看護師のみが訪問し続けることも可能である。しかし管理者の立場のA氏は「やっぱりチームで見るという方が利用者さんにとっても看護師にとっても安全だし、質が上がるんじゃないか」と述べており、複数の看護師が利用者の状態を確認することにより、ケアの質が上がるという考え方を示している。この目的は、第1章で参照した、角が調査した事業所の1つ目の目的と共通している。

次に利用者の側は、いかなる理由で少数の特定の看護師の訪問を求めているのか示す。訪問看護の場合も、第1章の齋藤の調査と同様で、大まかには機能的理由と情緒的理由に分けられる。前者は、利用者や家族が、ケアの方法や物品の置き場所、ゴミの捨て方などに関して、細かい配慮を求めている場合である。このような場合、頻繁に訪問する看護師の方が細やかな配慮を覚えるであろうし、少数の看護師の訪問の方が、利用者や家族も説明する負担を軽減できるだろう。情緒的理由は、同一のスタッフによる訪問自体から安心感が得られるからである。その具体的なエピソードとして、認知症の利用者の中には、看護師の顔をなかなか覚えられないため、初めて訪問した看護師を追い返したり、時には暴力を振るったりする利用者がいると、調査では語られていた。精神疾患を抱えた利用者も、看護師に慣れるのに時間がかかりがちで、新しい看護師の訪問で緊張してしまい、訪問後に一時的に状態が悪化することさえあると述べられていた。以上の2つの理由により、利用者や家族の側が、新たな看護師の訪問を認めなかったり、訪問した看護師に対して以後の訪問を拒否することを繰り返したりすることで、訪問できる看護師が特定の少数となる事態が生じる。また個別性への配慮に関しては、利用者や家族は拒否していないが、看護師の側が利用者の求めに応じることによって身体的・精神的負担を感じ、事業所の判断で、それ以後その看護師をその利用者には訪問させないようにすることも起こる。いずれにせよ少数の特定の看護師しか訪問できない状態が継続する中で、その利用者とは訪問している看護師との間では、情緒的な絆のある代替不可能な関係が構築されていく。

以上の2つの理由は、第1章で述べた齋藤の調査と同一である。しかし本稿の調査では、調査対象者の一部は、機能的な理由を述べる利用者も、それを最も重視して、同一の看護師の訪問を求めているわけではないと捉えている。

B：睫毛が伸びてたら、〔看護師が――筆者補足、以下同様〕抜くんですけど、その抜き方がどうか……そういう細かいことまで何かこう〔統一して〕やってほしいっていう。……でも前の人と私なんて同じじゃないから、違うんだろうなって思ったけど。その人にとっては同じ人がきっと来るっていうことの方が大事だったんだろうなって、今は思いますけど。

B氏が述べているのは、この利用者は細やかな配慮を求めるがゆえに、看護師の限定を希望していたのではなく、同一のケアの担い手が訪問することこそが重要だったのだろうという推測である。すなわち個別性への配慮を求めている利用者にとっても、同じ看護師が訪問し続けるという安心感が重要なのであり、情緒的な理由から少数の特定の看護師の訪問を求めていることになる。このように利用者にとって安心感が重要となるのは、第1章のKittayや堀田が論じていたように、ケアを受ける人は他者に依存しなければならないため、信頼関係が必要となるということが根底にあると考えられる。C氏は「嫌々〔複数の看護師の訪問を〕受け入れてはる方っていうのは、多少なりともいはると思う……皆さん根本的に慣れている人、やっぱり担当の人っていう人に来てもらいたいという思いは、みんな持っているんじゃないかなど、多かれ少なかれ」と述べており、複数の看護師による訪問を受け入れている利用者であっても、本音の部分では担当看護師に訪問して欲しいと思っているのではないかと考えている看護師もいた。

まとめると訪問看護でも、少なくとも利用者の一部は、限られた特定の看護師の訪問を希望していたが、看護師の側は、1人の利用者に対して複数の看護師が訪問し、看護師の代替可能性を確保することを志向していた。ただし少数の調査対象者は異なる志向性を持っていたが、それについては3-5で述べる。

3-2 看護師・事業所が利用者の訪問を拒否できない理由

本節では、まず3-1で示した、看護師の代替可能性が失われたケースへの訪問は、看護師にとってどのような経験であるのかを示す。複数の調査対象者が最もつらいこととして強調していたのは、利用者が求めるケアの方法は必ずしも医療的に正しいとは言えないが、看護師は異を唱えることができず、利用者が言うことにそのまま従わざるをえないような、一方的な関係となっていることである。下記は難病を抱えたある利用者に関する発言である。

D：3人ぐらい〔の看護師〕しか行っていないものね、今。……別に本人は誰が行っても嫌とか言わはらへんねんけど、その人のやり方とかがあるから、スタッフがそれにはもうやりきれない。なんかこう奴隷みたいな感じ。……いろいろこうした方がいいののとかを提案しても……その人の言うがままにする方が、結局は時間短縮になって、喧嘩しなくてもいい。……難病だから足動かないじゃん……動かないにもかからず、それこそ〔利用者が看護師に〕「右足、はい、持って、左足持って、次は手を上げて」とか言って、お風呂場までそんな感じで移動するでしょ。その移動だけで30分。……2時間越えのお風呂介助……もうへとへとよ……最近イライラしてね、あかんねんけどね。ほんまに腹立って……

筆者：何に対する腹立ちですか？

D：もう本人の言動やね。……なんかヒステリックに声上げて怒ったり、すごい上から目線の発言……「いつもやってることじゃない、なんでわからないの」って。……だんだん会話じゃなくて、「はいはいはい」って無言になってくるのね。

第1章で示した家族ケアや障害者介助の議論では、ケアの担い手が受け手を支配する関係

になることが警戒されていたが、D氏の発言からは、看護師の代替可能性が失われたケースでは、利用者の方が看護師よりも強い力関係になりがちであることが読み取れる。

しかしながら調査では、D氏が述べているような支配的な関係になっている利用者を含め、自分から特定の利用者の訪問を拒否したことはないとする看護師が多かった。拒否したことがあると述べた少数の看護師も、1回程度であると語っていた。なぜ看護師の側から拒否しづらいのだろうか。次の2つの発言内の利用者も、上記の利用者と同一である。

D：訪問看護入るようになって……もうちょうど7年ぐらいになるのかな……その時は今よりはだいぶ動けていて……割と普通の会話もしたり、楽しい面もあったり……なんかそういう長い経過があって、私たちも●さんをよく分かってて、切れないところもあるね。割とこう、なんていうのかな、まあ信頼関係あるかどうか分かんけど、頼りにしてくれてるところもあるし、「もう来ません」って言うのもなかなかね。

E：やっぱりこの人が必要としてくれているのに、手放せないっていう思い、勝手な思いかな。なんかやっぱり情もうつるしね……「みんな体ボロボロです……私ここ痛いんですよ」って言ったら「そんなのあなたのやり方が悪いのよ」、「●さんが、だから動いてくれないから、無理言うからでしょ」とか言って、それでも〔看護師は〕やるみたいな。それでも〔利用者は〕委ねるみたいなね……切れへんねえ……見捨てられへんというか……私ってこんな体の悪い方を放り出したのっていう、そういう罪悪感かもしれないですね。

D氏とE氏の発言で注目したい点は、「頼りにしてくれてる」「必要としてくれている」である。看護師は、その利用者に長期間訪問を続ける中で、利用者の事情をよく知るようになり、そこではE氏が「情もうつる」と述べているように情緒的な絆も生じ、利用者の生活の継続には、訪問看護のサービスが必要であることを認識するようになる。すなわち身体的・精神的負担が大きくとも、看護師がその利用者の訪問を拒否できないのは、利用者が訪問看護のサービスを必要としているからである。第1章で述べた概念を用いると以下となる。利用者はケアを必要とする状況から逃れられない、「退出可能性」がない状況にいるという認識を看護師がすることで、看護師はそのような状況にいる利用者から退出することに負い目の感情を抱えるようになる。その結果看護師も「退出可能性」を失った状況に追い込まれるということである。つまり訪問看護では、利用者の「退出可能性」の不在が、看護師の「退出可能性」の喪失に転化している。訪問看護師と利用者との関係の根底には、この「退出可能性」の喪失の転化があるため、たとえ利用者の求めにそのまま従わざるをえないような一方的な関係になったとしても、訪問を拒否できなくなっている。

看護師が「退出可能性」の喪失に至る理由は、もう1つある。

F：なかなか自分はこうだから（＝特定の利用者に訪問したくない――筆者説明、以下同様）っていうのは言い辛い……嫌な思いしているのはたぶん私だけじゃない……他の人もああ、もうすごい、つらい嫌な思いしながら行ってるじゃないですか……その人た

ち、利用者さん側からも選ばれちゃってるじゃないですか。だから〔自分は〕行かなくて済んでるっていう。

看護師が負い目を感じるのには、利用者に対してだけではない。F氏は、他の同僚看護師は看護師が限定されている利用者に訪問しており、自分が訪問しないで済んでいるのは、その看護師が我慢して訪問しているからであるとして、同僚看護師に対する負い目の感情を抱えている。それゆえ自分が今訪問できている利用者に対しては、身体的・精神的負担が大きかったとしても、自分から訪問を拒否することはできない。つまり訪問看護師は、利用者に対してだけではなく、他の同僚看護師との間で、互いに負い目を感じ合う関係にあるため、その意味でも「退出可能性」を失った状況に追い込まれていく。

ここまで個々の看護師の事情を述べたが、利用者の「退出可能性」の喪失の転化は、事業所の場合も同様である。また互いに負い目を感じ合う看護師間の関係は、事業所間であっても変わらない。つまり事業所内で利用者が看護師の拒否を繰り返し、訪問できる看護師が限られていったとしても、そのような利用者であるからこそ、他事業所へ依頼しにくくなってしまう。個々の看護師が特定の利用者の訪問を拒否しづらだけでなく、事業所としても事業所の側からは利用者との契約を打ち切ることができないのである。

3-3 看護師による利用者の志向性に対する評価：①個別性への配慮

3-1では利用者と事業所・看護師が互いの関係で志向していることを示したが、本節からは両者は互いの志向性をどのように捉えているのかを分析する。ただし本稿の調査対象は看護師であるため、看護師による利用者の志向性に対する評価が主な分析となる。

本節では利用者が同一のスタッフの訪問を求める第1の理由である、個別性への配慮に関して、看護師がどのように捉えているか分析する。すでに3-1でも述べたように、利用者が求める個別性への配慮が多いと、個々の看護師にとっては、時には事業所がその看護師の訪問にストップをかけるほど、大きな負担となる。それは訪問する看護師だけではない。担当看護師にとっても、他の看護師が自分と同じようにその利用者に訪問できるようにするため、詳細に手順を記した書類などを準備することは負担となっている。C氏は「正直な話、看護婦（ママ）さんのフォローするのが面倒くさいなって思ったことがある。『情報がないから分からない』とか、ああ、じゃあちょっとこうちゃんと〔書類に〕落としかないといけないんだとか、そのへんが面倒くさい。行く分には全然いいんだよ」と発言している。第1章で示した斎藤の調査では、ケアの受け手にとって、求めているケアの方法を担い手に伝えることが大きな負担となることが示されていたが、それは担い手として調整の役割を果たす、担当看護師にとっても同様なのである。

それにもかかわらず看護師間では基本的に、利用者の求める個別性への配慮には応じるべきであると考えられている。A氏の「専門的な知識や技術……看護を持っているので、それで支える、支えて、その人が思っている人生を生きられるようにするっていうのが、訪問看護だと思う」という発言に代表されるように、病院と異なり、自宅では利用者が望む生活を送るべきであり、看護師はそれを支えるべきであると捉えられている。このような理念とも言

うべきものに従えば、個別的な配慮も利用者が望んでいることに入り、その求めには応じるべきであるということになる。ただしその配慮が、危険を伴わない限り、ある程度の時間内であれば、という条件も複数の看護師が述べていた。

また筆者は3-2でD氏が述べていた利用者について、この利用者が求めるケアの方法は理に適っているのかと質問したが、D氏は「オムツの当て方、[尿取り]パッドの当て方さえも、本人の当て方があるのよ。案外本人賢い人だからね、なるほどっていうこともあるのよ。ああ、こうすれば漏れないとか、こうすればちゃんときれいにズボンが履けるとか、すごく理にかなって賢いんだけども……それがまた腹立つのよね」と答えている。3-2でD氏は、改善案を提案しても喧嘩になってしまうため、言うがままにするしかないと言っていたが、実は独自のケアの方法であっても合理的であることもあるため、従うようにしている場合もあるということになる。

以上をまとめると、利用者が求める個性への配慮は、看護師にとって確かに負担ではあるが、1つは理念的な観点から、もう1つはその配慮が合理的であるという専門職としての評価から、危険でない限り時間が許す限り、基本的に応じるべきであると考えられている。

3-4 看護師による利用者の志向性に対する評価：②同一のスタッフの訪問による安心感

次に、同一のスタッフの訪問自体がもたらす安心感という、第2の情緒的な理由に関する分析に入るが、看護師からは否定的な評価と肯定的な評価の両方がある。否定的な評価から述べるが、G氏のように管理の立場からは、1人の利用者に対して同一の看護師が訪問し続けることは、看護師-患者関係を逸脱してしまうリスクがあると捉えられている。

G：お家にお邪魔するっていうことで、仕事との関係の成り立ちを逸脱する、どっちにもリスクがあるわけだ。……そういうことを避けるためにも、その人だけしか行かないってことはしちゃいけないですよ、事業所として。そういうふうになりがちな環境なわけ、密室に行くわけだからね。……あの看護婦（ママ）さん来るんだから、お菓子、お菓子、好きな物取っというてあげようって、どんどんこうエスカレートする……孫にお年玉をあげるみたいな気持ちであげて、それをもらった看護師が黙っててっていうことも、昔なんかあったんだって。……休みなはずなのに、私服でね……利用者さんの所に行ってみたりとかね。

役割関係の逸脱だけでは必ずしも看護師・利用者双方に不利益が生じるとは言えないが、逸脱が進むと下記のような事態が生じる。H氏は「相手もこう、その私だけになってると、だんだん強く出てくるし、依存してくる」と述べている。訪問できる看護師が限定され、閉鎖的な関係となっていくことで、両者の間では3-2で述べた、利用者による支配的な関係が強化される可能性があるということである。また逆に利用者側にとっても、管理者のI氏は「やっぱり関係性がちょっと何かあった時に、言えないんですよ、利用者さんの方から……だから全然違う看護師が行った時に、『ずっと思ってたな、言えへんかったんやけども』みたいなこともあるんですよ」と述べている。すなわち同一のスタッフのみが訪問していると、その二者間の関係がうまくいかなかった場合に、利用者もそれをその看護師には伝えづら

いため、利用者にとっても不利益が生じてしまう。

逆に肯定的な評価としては、まず利用者が同一のスタッフによる訪問を求めることに理解を示す発言も見られた。J氏は「その人（＝利用者）の気持ちもちょっと分かるのよ……この人（＝看護師）のこの性格ばかり合わすのは慣れてくるけど、この人が来たら、この人のことをちょっと知っとかへんかったらあかん、みたいなことを考えるとしんどくなることを思うと……この関係だけ……の方がいいよね、みたいなんは分かる」と述べている。つまりJ氏は、利用者が新たな人間関係の構築に負担を感じるということに関して理解を示している。確かに訪問看護のサービスを受ける利用者は、疾患があるため様々な生活上の困難を抱えた状況にいることを考えると、J氏が述べるように、複数の人間関係を築くために気を使う余裕はあまりないと言えるだろう。C氏はさらに進んで、利用者がこのような状況にいる点を重視する観点から「いろんな看護婦（ママ）が行って、その人のことを知っておこうっていうのは、ただただ私たちの安心だけなのかなと思う」と述べており、複数の看護師による訪問を目指す事業所の方針を批判するに至っている。

3-5 同一のスタッフの訪問が看護師にもたらすもの：看護師のモチベーション

実は同一のスタッフによる訪問は、看護師自身に対しても肯定的なものをもたらすもので、本節ではそれを確認する。3-1で述べたように、自分の希望する平日に休みを取ったり、複数の看護師で利用者の状態を確認することは安全につながったりするため、多くの調査対象者が、どの利用者にも複数の看護師が訪問した方が良いという事業所内の規範を肯定していた。だが少数ではあったが、特定の看護師に限定するという対応を肯定する調査対象者もいて、また調査対象者の一部から、むしろこのような対応を望む看護師が存在することが語られた。それらの発言に基づくと、このような対応が看護師にとって肯定できる理由として、自分のみが特定の利用者に訪問できることに、看護師としての存在意義を感じるということが挙げられる。

K: 老夫婦がいたんだけど、私以外がダメだっという夫婦だったんだよね。……お休みの日にちょこっと見に行ったりとかっていうことをした時期があったんだよね。……異動になった時にすごい泣かれて怒られて「なんでお前が異動するんだ」って怒られ、「それからしばらく次のナースが大変だった」って●さん（＝同僚看護師）に怒られたりしたのを、だからそれで反省はしたよね、自分だけがそんな優越感に浸っているような……鼻を高くしているような時期があったんだなって……一緒にいて「ありがとう」って言われれば嬉しいし、よけいにこの人に気持ち良くなって欲しいと思うと、そのために自分でちょっと勉強したりして、手を入れたりとかするじゃない？ それがよけいにこうやって返ってくると「ああ嬉しい、私だけにこうやって言ってくれる」という時期もあったからね。

K氏は発言の前半部で、上記で管理者のG氏が批判的に語っていた、自分の休日に利用者宅に行くということがかつてしていたことを明かしている。そして後半部には、お礼を言われることで、学習意欲がわき、学んだ内容を利用者に対して実施することで、目に見えて効

果が上がり、さらに利用者に感謝され、存在意義を感じるというプロセスが示されている。また K 氏は、自分が特にこのような代替不可能な関係を築きやすい利用者のタイプを、下記のように分析している。

K: 人間の弱い部分を強がってるような人たちの方が、私はたぶん入りやすいんだと思う。

筆者: だってむしろ入るのが大変じゃないですか？

K: 大変だよ。大変なんだけど……「訪問看護なんていない」って言う人たちのところに行くと、意外とオッケーもらえたりする。……ほら、誰とでもうまくいくような人っていうのはさ、こっちも入らないからさ。……私どっちかって言うとき、小心者で、自分に自信がない人だから、ずっと。だからそういうのが意外といいのかもしれないね。

K 氏は現在は他の法人の訪問看護の事業所で管理職に就いているため、どの利用者に対しても複数の看護師が訪問できるように努めていると述べている。しかし K 氏の発言は、看護師が 1 人で利用者宅に訪問するという訪問看護の業務の特性は、管理者からは役割関係の逸脱のリスクがあると捉えられていたが、看護師個人にとっては承認欲求を満たしやすい労働環境であることを示している。そしてそのような欲求を強く持った看護師は、むしろ特定の利用者に対して自分のみが訪問することを望む場合があることを示唆している。

さて承認欲求が満たされる過程を示した最初の K 氏の発言は、利用者との間で築かれる情緒的な絆のある代替不可能な関係が、利用者の状態を改善するための学習意欲につながっていることを表している。K 氏はかつて経験のある看護師を対象とした認定看護師資格の取得を検討したことがあったと述べていたが、「今はね、認定取らなくて、認定ナースと同じようなことをすればいいんじゃないの……スキルがあればいいと私は思うようになったのね。……医者と話をしたりだとか、他職種と話をするのに、遜色ない知識があればいいわけじゃん」と語っている。この発言に示されているように、K 氏は組織の外部で行われる研修にも熱心に参加し、医療的な知識の獲得に努めている看護師であることがインタビュー中うかがわれた。そのモチベーションの 1 つとなっていたのは、利用者との間で築かれていた情緒的な絆であったということになるだろう。よって K 氏の発言は、複数の看護師による訪問がケアの質の向上につながるという事業所の規範とは逆に、1 人の看護師が特定の利用者に継続的に訪問し続けるという代替不可能な関係も、専門職としての学習意欲を生じさせ、質の向上をもたらすことを意味している。

さらにもう 1 つ代替不可能な関係がケアにもたらす効果としては、利用者が求める細かな配慮に関しても、それに応じる意欲を看護師に生じさせる。

C: ●さんの場合は、〔ケアに関して細かな配慮を求めるのは〕ためし行動だとは思いう。……ためし行動に耐えて、「あっ、こんだけ私が言っても、この人は大丈夫だったから」っていうところで、〔●さんは〕初めて気が許せはる人だから。……その過程だっと思えたら、特につらくない。……なんかそういうのってもうその人の生きざま表わしているよねって思うね。元々だから、●さんも人づきあいも苦手だろうし、もしかしたら

発達障害とかもあったのかもしれないなって思うし、本当にああやって言うけど、臆病な人なんだろうなって。

C氏が語っている利用者も、少数の特定の看護師しか訪問できないが、C氏はこの利用者への訪問を重ねることで、利用者が求める細かな配慮に応じることを「つらくない」と表現するに至っている。同一の利用者に対して継続して訪問することは、看護師に対して、単に細かな配慮を覚えやすくさせるだけではなく、利用者への理解を深化させることで、個別性に配慮する意欲をもたらしめているのである。

以上の分析から明らかになったことは、訪問看護における情緒的な絆の生じた代替不可能な関係は、3-2で述べたような、利用者の看護師に対する支配的な関係にもなりうるが、質の向上のための学習意欲や、利用者の求める配慮に応えようとする気持ちを生じさせるという、主に看護師の意欲の点で肯定的な側面も持ちうるということである。

ただしかつてのK氏のように、利用者と代替不可能な関係を築くことを好む看護師は、承認欲求が高じて、自分のみが訪問できるように利用者働きかけることにもつながりやすいため、下記のような批判もされている。なおK氏とL氏は別の事業所に勤めている。

L：どういうふうに〔利用者〕説明してんのかなって気になる人はいる、スタッフで。……他のスタッフが入ることで、うーん、「何か逆に不都合があるの」って〔担当看護師に〕聞きたい、こっちも、「なんであなたじゃないと駄目なの」って。……自分を頼ってほしい、大事に思われたい、頑張ってる自分を認めてほしい、自分が1番っていうのが根底にはあるんじゃないかなって、私は思ってた……他の人が行くと、〔そのようなスタッフは〕すごく「ほらね、私じゃないとだめでしょ」みたいな言い方をするから……

L氏が語っているのは、他の看護師が訪問してもうまくいかず、担当看護師以外の看護師の訪問を拒否する利用者があるが、利用者に対してそのように担当看護師が仕向けている場合があるのではないかという疑いである。3-4のH氏とI氏が、同一のスタッフによる訪問は、支配関係を強化させたり、関係悪化の際にそれを伝えにくくなったりするリスクがあることを指摘していたことも合わせると、批判されているのは、代替不可能な関係というよりも、それが他の看護師が訪問できないような閉鎖的な関係となってしまうことであると、3-4と3-5からまとめられる。

3-6 看護師の志向性

それでは逆に、利用者・家族の側からは、複数の看護師が利用者の状態を確認することで、ケアの質が上がるという、看護師の考え方は、どのように捉えられているのだろうか。

A：利用者さんにとっては、看護師さん来る人みんな……なんでもできるって思ってる……だから……慣れてる人に、家族の立場にしても……だいたい言わなくてもやってくれて、必要なことで帰っていく、必要な相談ができる、っていう感じかな。……契約の時にどこまで……「なんでみんなで来るのか、チームで見るのか」っていうあたりを具体的に説明をするかっていうと、現実的には難しいかな。

調査ではI氏だけは、かつて利用者の家族の側から契約前に、他の家族が他事業所の訪問看護を利用した時に、その事業所はほとんど担当看護師しか訪問しない体制を取っていて、状態変化の発見が遅れたため、複数の看護師で訪問して欲しいという依頼をされたことを語っていたが、これについてI氏は「すごい珍しい」と述べていた。換言すればA氏とI氏の発言は、複数の看護師で状態を確認したいという看護師の意向は、利用者からはあまり理解されていないことを表している。

E. Freidson は、患者と医療職との間には専門的知識の非対称性があると論じていたが (Freidson 1970b: 106)、A氏の発言に示されている、利用者と看護師の認識の相違は、この非対称性から生じていると解釈できる。訪問看護師は他のスタッフが訪問することで何を期待しているのか、M氏の発言から確認してみよう。

M: できれば私は何人か〔の看護師〕で同じ人 (=利用者) を回して (=訪問して) 欲しいっていうのはいつも言うてるんです。……他の人から見たら、もっと他の、他のやり方があるよとか、ここを見落としてるよっていうのは言うてくれはるから……

他の看護師に期待しているのは、1つは「ここを見落としてる」という利用者の状態の確認であり、もう1つは「他のやり方がある」という提案である。Freidson は、科学は法則を作り出すのに対し、法則を具体的な問題を扱うために使用する医療では、「適用 (applying)」が焦点となるとしている (Freidson 1970a: 163)。訪問看護師は、専門的知識を利用者に「適用」しているが、専門的知識を特定の状況に「適用」する際には、様々な解釈が生じうる。そのためM氏が述べているように、看護師にとっては他の複数の看護師の視点を確保することが必須となる。よってA氏の発言に示されている、看護師と利用者の専門的知識に関する非対称性は、二重の意味においてになる。第1に看護師が、利用者の求める個別性への配慮に応じるだけではなく、利用者は認識していない、状態の改善の可能性を専門職として追求せざるを得ない点、第2に医療が、複数の視点を必要とする専門的知識の「適用」というあり方をしている点、以上の2点が利用者には認識されていないのである。

それでは他方で、調査対象者のすべての事業所で、担当制が取られているのはなぜなのだろうか。下記の1つ目の発言は、利用者は看護師に何を期待していると思うかという問いの答えであり、後の2つの発言は、担当制の必要性をたずねたのに対する答えである。

M: やっぱり自分の体のこととか、調子のこととかを1番知って欲しいし、相談できる1番の身近なところやっていうふうには思ってはるんかな。やっぱりお医者さんには言いにくいところとか。

N: 他のステーション〔担当制で〕ないところがあるって聞いたから……責任の所在がどうなんやろっていう……疑問はある……まあうちとこ……ある程度はほら、「ほな、もう受け持ちに任そうか」とかもあるし、ちょっと全部が全部、把握すのがちょっと難しい。……患者さんも多いし、まあスタッフもうち多いから……そりゃ人数少なかったら、そらみんなで見たらいいかもしれんけど、ここにいる限りは担当制がいい。

A：担当がやっぱり……いろいろこう中心になって、その人のケアに対する責任を持ちますっていう意味では、担当が必要だと思う。だってみんな……行くけど〔担当がないと〕なんかこうサラっと、こうなっちゃってしまうんじゃないかなって。

上記の M 氏の発言に従えば、利用者は相談の際に、看護師が自分のことをよく理解した上での答えを求めているであろうし、N 氏が述べているように、看護師がすべての利用者进行深入理解することは不可能であり、A 氏が指摘しているが、複数の評価や対策が出されてもそれを整理する人がいなければ活かされない。つまり「適用」には2つのことが必要となる。第1段階として、複数の視点で状態を評価し様々な対策が考えられるべきである。第2段階として、その中でどの評価や対策がより適切であるかという判断がなされるべきであるが、これは利用者に対する理解が深まっていなければできない。この点は実は角の調査した利用者家族がスタッフの固定化を望んでいた理由と共通している。それゆえこの「適用」の2段階に対応しているのが、担当制を取りながらも、複数の看護師が訪問するという、調査対象者が所属する事業所の方法であると見なせる。ここまでに述べたことから推測すると、利用者にとっては、複数の看護師が訪問していても、理解の点で看護師に序列が存在している可能性があるが、看護師にとっても、担当看護師は役割として、他の看護師よりもその利用者进行深入理解した存在でなければならない。換言すればこの理解の点で、担当看護師は利用者にとって代替不可能な存在になりやすい。それゆえ単に利用者の側が同一の看護師の訪問を求め代替不可能な関係を築くことを望んでいるだけでなく、看護師が専門職としての職務を果たすという点でも、訪問看護師と利用者との間では代替不可能な関係が生じやすいのである。

3-7 事業所・看護師の工夫

前節までに、情緒的な絆の生じた代替不可能な関係には、利用者が求める個別性への配慮を覚えやすくしたり、専門職としての学習意欲を生じさせたりするメリットがあり、また利用者への理解が深まることで、専門職として専門的知識の望ましい「適用」を行いやすくなるという効果があることを示した。しかし同時に、望ましい「適用」のためには複数の看護師による状態確認や対策の提案も必要であり、この具体的な方法が担当制を取りながらも複数の看護師が訪問するということであることを確認した。ただし代替不可能な関係では看護師の承認欲求が満たされやすく、利用者の側も個別性への配慮に応じてもらいやすく、また複数の看護師と関係を構築することは負担でもあるため、ともすれば代替不可能な関係は閉鎖的な関係に変容しやすい。個々の看護師及び事業所は、担当制という形で代替不可能な関係を認めながらも、閉鎖的な関係に陥ることを回避し、複数の看護師が訪問するというように実現させているのだろうか。本節では看護師・事業所の工夫を分析する。

まず関係が始まる前の工夫として、新たな依頼があった場合に、同一の看護師の訪問を希望していた場合には、そのような方針はとっていないためそれを承知するならば依頼を受けるといった説明がなされている。3-2 で述べたように、いったん関係が開始すると、看護師は「退出可能性」を喪失してしまうため、契約開始前の段階で説明がなされていると言える。

利用者との関係が開始してからも様々な工夫がなされているが、その根本にある考え方として、利用者は時間の経過と共に変わると見られている。まず訪問看護のサービスの開始に緊張や不安を抱えている利用者に対しては、当初は担当看護師による訪問を続け、少しずつ他の看護師が訪問するようになっていくという配慮がなされている。そのためサービス開始から数週間あるいは数か月間、担当看護師はその利用者の訪問曜日には休みを取らないようにするという対応も取られていた。これはいわばサービスの供給体制の安定を犠牲にした対応と言えるが、このような対応が取られるのは、利用者が少しずつ変わり、いずれ他の看護師も受け入れられるようになって考えられているからだろう。

また個別性への配慮に関する利用者の気持ちも、変化していくと考えられている。

A：基本、だからそれにこだわりがあるっていうことが理解できて、まあその通りにやる。けど……他の看護師が行っていても、実はそんなにそこにそんな細くってなんて思っていないとかっていうのが分かったりする時があるじゃないですか。……で機会を見逃さないように確認をしていくっていうことをしながら、別に順番はどうでもいいみたいだよみたいな、とかね。……認知症も進むし……足を上げて指を洗って踵を上げてとか……っていうもうすごい手順書だったけど……もう忘れちゃってる。逆に次は左の足を洗いましょうって指示出しをしなきゃいけないふうになってるんだっていうようなところはある。だからやっぱり自分も相手も変わっていくもんだっていうのは思ってる。

A氏の発言で注目したい点は、利用者の気持ちに変化することはあるにせよ、自然に看護師が行うべき個別性への配慮が減っていくわけではないということである。それには担当看護師以外の看護師による観察と、機会を捉えての働きかけが必要となる。

さて3-3のC氏の発言からは、担当看護師は手順書の作成など、自分以外の看護師も訪問できるようにするために努めていることがうかがわれたが、その他にも個々の看護師は工夫している。契約当初は複数の看護師の訪問が可能となっても、その後利用者が看護師の訪問の拒否を次々と行っていくことで、看護師の限定が生じる場合もある。そのためO氏は『『またあなたがいいわ』とかがってごちゃごちゃ言うじゃない？……あなたが1番どうのこののだのって言うけど、私ね、そういう時は絶対に2回ぐらい行かないの、次の時』と述べており、利用者に求められると、逆にしばらく自分は訪問せず、利用者自分との間で代替不可能な関係が構築されないように距離を取っている。次のP氏の行為も、複数の看護師による訪問を可能にするための工夫と考えられる。P氏はある時リハビリ目的での車椅子の散歩の途中で、利用者から介護保険の規定では認められていない、漬物の買い物を求められた。P氏は自分が担当看護師であったため、利用者に「本来はしてはいけないことだけど、私にだけ言うんだったら、私はやってあげる。他の人に言うてはいけません」と伝えた上で漬物を買った。P氏はそれを「良くない」と認識しながらも、「ガス抜き」として行い、管理者には報告していなかったと述べている。P氏は自分以外の看護師に対しては過度な要求をしないように、利用者に釘を刺すことで、他の看護師が訪問しやすくなるようにする代わりに、利用者の求めに応じており、利用者取引を行っていると思わせる。

すでに構築された代替不可能な関係に対しては、以下のような事業所の工夫がされている。まず調査対象者の事業所では常に、訪問できる看護師が少数に限定されている利用者を、同時期に数人は抱えているため、調査対象者のほとんどの事業所では、その数人の利用者の訪問を、複数の看護師で分散して、1人の看護師に負担が偏らないように配慮していると語られていた。さらに1つの事業所内で負担の分散がうまくいかなかった場合になされているのが、他事業所の導入である。訪問看護では2箇所の事業所で曜日を分けて訪問している場合がある。管理者のI氏は、事業所内で訪問できる看護師が自分ともう1人に限定されている利用者を抱えていたが、その1人が退職する事態に直面した。この利用者に対しては、清潔ケア後、足に装具を入れるケアがあったが、装具と足との調整がうまくいかず、訪問時間が1時間半を超えることもあった。そのため装具が入らなかった場合は、I氏が途中から訪問すると申し出たことで、他の事業所にも入ってもらえるようになった。結果的にはI氏が駆けつけることは生じていないそうである。3-2では事業所同士も互いに負い目を感じあう関係にあり、依頼しづらくなっていると述べたが、サポートのため無償での訪問を申し出るなど配慮すれば、他事業所への依頼も不可能ではないということになる。

しかしながら上記の諸々の工夫がうまくいかない場合、一部の看護師に負担を集中させる場合もあることが、調査からはうかがわれた。

Q：●さんもバルン（＝尿管）交換あったんだけど〔Q氏が交換に失敗したことがあり、それ以後利用者からQ氏による交換は拒否されていたが〕、しばらく経って〔管理者から〕「もうそろそろいいんじゃない？」って言われて。だから……回せないっていう状況になると、訪問調整苦しくなると、打診してくるっていうのがけっこうつらかった。たぶん今でもそうだと思うよ、絶対やってると思う。……意外にそれで行けるのかもしれないけど、それって「行けません」って言える人と、言えない人と思うから「ええっ、そういうふうに言われるなら、じゃあ行かなくちゃいけないのかな」って頑張っただけで自分の気持ちを抑えて、頑張っただけで行かなきゃっていうような人もいるんじゃないかなとも思う。

R：訪問看護〔の利用〕も10年クラスの人ばかりで……「あの人は来させないでくれ」とか、そういうのがまかり通っちゃってる世界だったんで。もう何もまっさらな新人をむしろそこに行かせて慣れさせた方がステーションとしては回せるっていうか、そういう所長の考えもあったんで……だからもう私が連続で2週間ずっと月水金行き続けるとか。

筆者：その家は実はすごい限られてるんだっていうのは、途中で気がついたの？

R：内緒にされていて。むしろ「ラッキーだよ」ぐらいな感じで言われていて……そうか、そういうもんなのかと思って。で「……あなたはまだ入ったばかりで慣れるために、もう病状が安定していてコミュニケーションも取れてやることも決まりきっている家を、わざわざ厳選して行かせてあげているのよ」……やっぱり1年以上経ったら他の家にも行かせてくれるようになってきて思ったけど……私の行ってる家って1年ぐらい経って

初めて気づいたけど、ちょっとなんかおかしくないかと思って。

Q氏は看護師が限定されている利用者に対して、それまで何度も実施していた医療処置がある時失敗してしまい、それ以後利用者から訪問を拒否されたが、しばらく経ってから管理者から再度の訪問を打診され、拒否したという話である。Q氏は自分はその打診を拒否したが、拒否しきれない看護師もいるだろうと述べており、拒否できないような看護師に事業所内で負担が偏りがちであることが推測できる。R氏の場合は、それまで病院で勤務していたため、訪問看護は初めての経験だった。R氏の事業所は、何人もの看護師の訪問を拒否している利用者であるという事実を伏せて、転職後1年間はそのような利用者への訪問ばかりをR氏に割り当てていたということになる。

以上のように事業所は、特定の利用者に対して訪問できる看護師が少なくなってくると、一部の看護師に負担を集中させざるを得なくなる。それを踏まえると、3-5でL氏は、利用者に対して自分以外の看護師の訪問を拒否するように仕向けている看護師がいるのではないかという疑いを述べていたが、これが疑いに留まっている理由がわかるだろう。すなわちあくまでも利用者への訪問を継続させるためには、代替不可能な関係を好み閉鎖的な関係となることを望む看護師の存在は、事業所にとってむしろ都合が良い。換言すれば看護師が利用者と閉鎖的な関係となることには、事業所から見れば役割関係を逸脱してしまう危険があるが、実際にはそのような看護師に頼らざるを得ない構造となっている。それゆえそのような看護師が事業所内で公然と批判されることはないと考えられる。

なお本稿の調査では、Hochschildの感情労働に関する技法は、これまでに述べた諸々の工夫の結果、それでも閉鎖的な関係となった利用者に対して、訪問せざるを得なくなった個々の看護師が取る最終的な対処方法となっている。

C: ●さんの所では、私は●さんに雇われてる人間やと思おうと思って。……そうしたらむかつかないでしょ。社長の命令だと思ったら。「あなた、これこれこうで、こんな曲がってるじゃないの」とか言われて、「ああ、すいません、社長」みたいなんでそんな気分で。こっちのストレス緩和だけだけど。とりあえず言われるがままにするしか、ねえ。

C氏は利用者を社長と思って対応する、すなわち自己誘発した感情を自発的に表現する「深層演技 (deep acting)」の対処方法で (Hochschild 1983: 35)、自分からは拒否できない利用者への訪問を乗り切ろうとしている。このような利用者に対して、「深層演技」を行うことがあるということは、他の調査対象者も語っていた。

4 考察

前章の調査結果の分析から、第1章で提示した問題に答えていく。

本稿の問題は、先行研究においても、フォーマルなケアでも代替不可能な関係を求める利用者が存在することは示されていたが、なぜこのような希望に応じているのかという、担い手側の事情を明らかにすることであった。個々の看護師も事業所も、根本的に利用者の訪問

を拒否できないのは、ケアを必要とする状況から逃れられないという、「退出可能性」の不在の状況に利用者があることを認識することで、自らも「退出可能性」を失うからである。そして利用者の側からは、複数の視点による評価と対策方法の提示を必要とする、専門的知識の「適用」という訪問看護師の専門性のあり方は理解されていない。

しかし利用者とは訪問看護師の間で築かれる情緒的絆のある代替不可能な関係は、単に利用者が希望するから生じているのではない。代替不可能な関係の構築により、訪問看護師の理念として応じるべきとされる個別性への配慮を行いやすくなり、また専門職としての学習意欲にもつながる。さらにその関係では利用者への理解が深まることで、個別性への配慮に応じる意欲も生じ、複数の看護師によって出された評価や対策の中で、どれが最も望ましいかの判断もしやすくなる。換言すれば、フォーマルなケアにおいても、情緒的な絆のある代替不可能な関係は存在しており、それは支配関係や退出可能性の喪失をもたらしもするが、専門職としての仕事を行う上で寄与している。ただし利用者も一部の看護師も、このような関係を他の看護師が訪問できない閉鎖的な関係にさせてしまう傾向がある。そのため調査対象者の事業所では、担当制を取ることで代替不可能な関係を認めながらも、閉鎖的な関係を避けるべく複数の看護師による訪問を目指していた。しかしながらそこでは利用者は変化するという見通しのもと、様々な工夫が試みられていたが、工夫が功を奏さない場合は、一部の看護師に負担を集中させたり、閉鎖的な関係を好む看護師を利用したりして、訪問は継続可能となっていた。

よって本稿で明らかにしたことは、Hochschild の感情労働の概念で示されていた短期的な場面の感情だけではなく（Hochschild 1983）、長期的な関係によって構築される情緒的な絆も、ケア労働の現場で機能を果たしているということである。だがそれは、専門的知識獲得のための学習意欲につながったり、専門職としての望ましい判断をしやすくなったりという、ケアの質の向上に関わっている点が、インフォーマルなケアの場合と異なっている。

さて3-7では訪問看護の事業所は担当制と、複数の看護師が訪問することのバランスを取ることを目指していると述べた。本稿の調査でこのバランスを変化させた出来事として語られていたのが、事業所を大規模化する施策であった。2014年度以降の診療報酬改定では、夜間や緊急時の対応などの機能を強化させるため、事業所の規模を大きくすると収益が上がる加算が設けられている（齋藤 2014）。そのため調査対象者の事業所では、法人内で事業所の統合が進められてきたことが語られていた。N氏は訪問のスケジュールを組む立場にあるが、それには担当制、身体的負担、技術面など様々な点を考慮しなければならないことを語っていたが、事業所の統合は時間や距離の点での調整の難しさが増したことを意味する。実際F氏は「大所帯になれば、ちょっとなんか自分の利用者に対して、受け持ち（＝担当看護師）っという意識がなんか〔薄れる〕」と述べており、事業所が大規模化すると、1人の看護師が各利用者に訪問する回数は減るため、看護師と利用者の情緒的な絆は薄くなりやすく、代替不可能な関係は維持しづらくなっていく。だが地域包括ケアシステム下で、今後も訪問看護に対して夜間や緊急時の対応の需要は高まり、事業所の大規模化の施策は進められていくことが予想される。各事業所は今後どのように上記で述べたバランスをとっていくのか、個々の

訪問看護師は、各利用者に継続的な訪問ができなくなった場合に、どのように専門職として「適用」に関する判断を行っていくのか、またどのように質の向上を目指すためのモチベーションを獲得していくのか注目していかなければならない。よって今後の研究上の課題として、訪問看護の事業所の規模に関する動向や、大規模化がケアに及ぼす影響を引き続き調査していくこととしたい。

注

- 1 規模の定義は「訪問看護ステーションの大規模化について」を参照している(2023年3月10日取得, https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/houmon_vol160.2-3.pdf)。

文献

- Freidson, E., 1970a, *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*, New York: Harper & Row.
- , 1970b, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical care*, New York: Atherton Press. (進藤雄三・宝月誠訳, 1992, 『医療と専門家支配』恒社厚生閣.)
- 深田耕一郎, 2013, 『福祉と贈与——全身性障害者・新田勲と介護者たち』生活書院.
- Hochschild, A. R., 1983, *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*, Berkeley: University of California Press. (石川准・室伏亜希訳, 2000, 『管理される心——感情が商品になるとき』世界思想社.)
- 堀田義太郎, 2008, 「ケアと市場」『現代思想』36(3): 192–210.
- 角能, 2021, 『ケアをデザインする——準市場時代の自治体・サービス主体・家族』ミネルヴァ書房.
- Kittay, E. F., 1999, *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency*, New York: Routledge. (岡野八代・牟田和恵監訳, 2010, 『愛の労働あるいは依存とケアの正義論』白澤社.)
- 松野かほる, 2002, 「在宅看護活動」松野かほる・川島みどり・井上愛子・川上貴子・東郷美香子・望月勲・箭内順子編『系統看護学講座 専門4 在宅看護論』医学書院, 45–81.
- 中田明子, 2021, 「生活の場における医療職の介入のあり方——利用者の喫煙・飲酒等の生活習慣に介入する訪問看護師を事例として」『ソシオロジ』66(1): 3–21.
- 齋藤暁子, 2015, 『ホームヘルプサービスのリアリティ——高齢者とヘルパーそれぞれの視点から』生活書院.
- 齋藤訓子, 2014, 「『機能強化型訪問看護ステーション』とは何か——地域包括ケアシステムの要に」『訪問看護と介護』19(7): 541–6.
- 庄司洋子, 2013, 「ケア関係の社会学——家族のケア・社会のケア」庄司洋子編『親密性の福祉社会学——ケアが織りなす関係』東京大学出版会, 1–20.
- 全国訪問看護事業協会, 2021, 「訪問看護ステーションの大規模化について」(2023年3月10日取得, https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/houmon__vol160.2-3.pdf) .

(なかた めいこ、立命館大学大学院先端総合学術研究科一貫制博士課程、
cc26611@yahoo.co.jp)
(査読者 阿部真大、角能)

Dealing with the affectional bond in Formal Care: A Qualitative Survey of Visiting Nurses

NAKATA, Meiko

In a formal care setting, visiting nurses provide care for patients that their organization at home to treat them fairly and flexibly. The work environment should prevent an interpersonal connection between nurses and their patients. Not a small number of patients, however, ask their favorite visiting nurses to provide care for them, and the nurses cater to their wishes accordingly. To clarify why the nurses actively accept the requests, I interviewed 26 visiting nurses. While the affectional bond can foster a patient-dominated relationship in which the nurses tend to follow their patients, it also encourages the nurses to give greater their consideration to each patient's differences and to learn better care skills. Moreover, a better understanding of patients also helps the nurses to make medical decisions on their behalf. Consequently, these benefits lead the nurses to respect their patients' preferences. The affectional bond with their clients contributes to individual professional performance. While the traditional idea of emotional labor has been assumed simply in a short-term situation, the bond such as a lasting emotion plays a vital role in formal care.